UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1947 N° 55

Les Perforations de l'Anse Sigmoïde en Péritoine libre

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1947

PAR

Maurice CHOMETON

MEMBRES DU JURY

MM. BOULARAN, *Président.*
SOREL R.
VIRENQUE } *Assesseurs.*
GRIMOUD
DAMBRIN Paul, *Suppléant.*

CLERMONT-FERRAND
NOUVELLE IMPRIMERIE MODERNE (S. N. E. P.)
13, RUE DU PORT

1947

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1947 N° 55

Les Perforations de l'Anse Sigmoïde en Péritoine libre

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1947

PAR

Maurice CHOMETON

MEMBRES DU JURY

MM. BOULARAN, *Président.*
SOREL R.
VIRENQUE *Assesseurs.*
GRIMOUD
DAMBRIN Paul, *Suppléant.*

CLERMONT-FERRAND
NOUVELLE IMPRIMERIE MODERNE (S. N. E. P.)
13, RUE DU PORT

1947

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET.
Assesseur	LEFEBVRE.
Doyens honoraires	BARDIER. GORSE.

Professeurs honoraires :

MM. DALOUS, ESCAT, RISPAL, LAFORGUE, ARGAUD, MOOG, MERIEL, CAUBET, MAURIN, RIBAUT, SERR.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiâtrie	RISER.
Clinique médicale	TAPIE. ROQUES.
Clinique obstétricale	GARIPUY.
Physiologie	SOULA.
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Chimie et toxicologie	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologie	LEFEBVRE.
Anatomie	VALLOIS. CLERMONT.
Histoire naturelle	DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL R.

	MM
Pharmacie	CAUJOLLE.
Pathologie interne	MOREL.
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN.
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE Pierre.
Matière médicale	VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL.
Anatomie pathologique	FABRE Jacques.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie maxillo-faciale	CALVET.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Chimie biologique	MONNIER.
Médecine légale et déontologie	PLANQUES.
Histologie et embryologie	BROUSSY.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Physiologie	BAISSET.

	MM.
Obstétrique	GUILHEM.
Anatomie	COULAUMA.

AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	LAZORTHES.
Histologie	BIMES Ch. d. f.
Médecine	GADRAT. DARNAUD. GERAUD. DARDENNE. LAPORTE.
Chirurgie	VIRENQUE. GRIMOUD. RIEUNAU. DIEULAFE. DAMBRIN Paul.

	MM.
Ophtalmologie	DEODATI.
Chimie médicale	VALDIGUIE.
Physique médicale	MARQUES.
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Histoire naturelle pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY.
Cours d'anatomie physiologique et pathologique aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Chimie pathologie	VALDIGUIE.
Chimie biologique	VALDIGUIE.
Chimie minérale	BLANC.
Stomatologie	CADENAT.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT.
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique.	BOUISSET.
Microbiologie	BOUISSET
Parasitologie	LASSERRE.

Clinique de la tuberculose	MOREL. DAMBRIN Paul
Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU.
Chimie analytique	BLANC.
Hydrologie et géologie	ASTRE.
Médecine sociale et du travail	BOUNHOURE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS.
Pharmacodynamie	BOUNHOURE.
Bactériologie et hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro chirurgie	LAZORTHES.
Oto-rhino-laryngologie	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté ..... DUCROS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MON PERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOULARAN

Chevalier de la Légion d'honneur,

Professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie.

A NOTRE JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SOREL R.
Professeur de clinique médicale infantile et puériculture

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE
Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRIMOUD
Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR DAMBRIN P.
Professeur agrégé à la Faculté

INTRODUCTION

Les perforations spontanées du côlon sigmoïde en péritoine libre sont d'observation peu courante.

Roux et Lenoel, dans une excellente revue générale, parue récemment, et à laquelle nous nous reportons souvent, n'en ont retrouvé que 90 cas dans la littérature mondiale.

Ces perforations sont, par excellence, d'une extrême gravité puisque les mêmes auteurs parlent d'une mortalité globale de 70 pour cent.

Nous rapporterons deux observations récentes et inédites, dues à l'obligeance de Monsieur le Docteur Pierre Lataix, de Clermont-Ferrand, observations intéressantes par leurs aspects cliniques et anatomiques différents, et heureuses dans leur terminaison.

A propos de ces deux observations, nous retracerons les caractères généraux et particuliers de ces perforations, et nous tirerons des conclusions thérapeutiques qui semblent se dégager aujourd'hui.

Cette étude se limitera aux perforations du côlon sigmoïde *spontanées*, à l'exclusion des perforations en deux temps, secondaires à la rupture d'un abcès périsigmoïdien, primitivement circonscrit.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Madame Bau..., paysanne de 43 ans, a été prise brutalement, en pleine santé apparente et sans prodrome, d'une violente douleur dans l'abdomen.

Soudaine dans son apparition, comme un coup de poignard, la douleur s'est ensuite atténuée et est restée modérée. Un seul vomissement est survenu peu après le début de la douleur, et ne s'est pas reproduit.

Le diagnostic reste hésitant et ce n'est que dans la journée du lendemain que la malade est envoyée à la clinique Saint-Dominique. Elle y est examinée, le 17 septembre 1946, 30 heures après le début des accidents.

L'état général de la malade est légèrement altéré. La température est à 39°. L'arrêt des matières et des gaz est total depuis 24 heures.

L'examen clinique met en évidence les signes indiscutables d'une péritonite par perforation : le ventre ne respire pas et il existe une contracture intense et généralisée — un véritable ventre de bois.

L'abdomen est douloureux dans son ensemble et le toucher rectal réveille une vive douleur au cul de sac de Douglas.

On suspecte une perforation ulcéreuse, cependant on est frappé par quelques fait généralement discordants : la douleur spontanée, malgré son début dramatique et violent, s'est ensuite atténuée et nous paraît un peu modérée, et l'on ne relève aucun antécédent de type ulcéreux.

L'interrogatoire ne révèle d'ailleurs aucun trouble digestif, ni gastrique, ni intestinal, mis à part une appendicite aiguë, opérée et drainée quelques années auparavant par un autre chirurgien, et qui a laissé une importante éventration au niveau de laquelle on n'observe rien d'anormal.

Un examen radioscopique est pratiqué, debout, sans aucune préparation : il ne montre aucune image pathologique : ni niveaux liquides, ni pneumopéritoine.

L'intervention est décidée. Le diagnostic posé est celui de péritonite par perforation, mais l'incertitude du siège de la lésion fait pratiquer une incision médiane courte, à cheval sur l'ombilic. (Anesthésie au balsoforme.)

A l'ouverture du péritoine s'écoule du pus qui provient manifestement de l'étage sous-ombilical : on agrandit l'incision dans le bas et l'on ne tarde pas à découvrir le siège de la perforation sur le côlon sigmoïde.

La collection est nettement purulente, sans traces de matières. Son abondance est relativement faible.. Après assèchement du pelvis, la maladie est basculée en Trendelenburg et l'on peut examiner les lésions.

La perforation siège sur la convexité de l'anse, à la jonction recto-sigmoïdienne. Sa taille est minime : celle d'une grosse tête d'épingle ; elle est régulièrement circulaire et deux anses grêles ont tendance à y adhérer. La palpation ne révèle pas de tumeur sous-jacente ; les bords sont parfaitement souples, sans induration ;

c'est une simple perforation sur un côlon en apparence normal, sans aucune base indurée. Ni le côlon, ni le grêle n'offrent d'anomalies à signaler.

La perforation est facilement enfouie sous une bourse faufilée circulairement autour d'elle au fil de lin. On complète par une seconde bourse d'enfouissement prenant des franges épiploïques et que l'on ramène sur la suture.

Un sac de Mickulicz est placé dans le Douglas. On y dispose trois mèches. Un gros drain est glissé en dehors du sac. La paroi est fermée rapidement en un plan avec des fils de bronze.

On juge enfin plus prudent de protéger la suture colique par une colostomie iliaque gauche, immédiatement ouverte sur un tube de Paul.

L'intervention est bien supportée. On constitue un traitement immédiat par la pénicilline (200.000 unités par jour, pendant huit jours).

Les suites opératoires sont très simples. La température revient à la normale en six jours ; mais la suppuration par le système de drainage est extrêmement abondante et prolongée ; ce n'est que le 23e jour que le dernier drain est enlevé.

Avant le départ de la malade, une rectoscopie est pratiquée par M. le docteur Fougoux. Cet examen ne permet pas de noter le moindre aspect anormal au niveau de la zone perforée.

La malade quitte la clinique Saint-Dominique le 28 octobre. En décembre, la fermeture intra-péritonéale de l'anus iliaque est pratiquée. Les suites en sont excellentes et la malade, revue quelques mois plus tard, a retrouvé un état général parfait et ne présente aucun trouble digestif.

OBSERVATION II

La seconde observation, très différente de la première par l'allure clinique de la maladie, concerne M. Fal..., contrôleur des Contributions indirectes, âgé de 44 ans.

Le jeudi 15 mai 1947, M. F..., en excellente santé jusque-là, ressent, en allant à la selle, à son réveil, une douleur hypogastrique basse qu'il localise lui-même à la vessie.

Cette douleur, dont il précise ainsi exactement le moment de l'apparition, n'est cependant pas très violente. Elle s'estompe bientôt, n'empêche pas M. F... de vaquer à ses occupations, de mener une vie normale du jeudi au dimanche. Cependant, durant ces quatre jours, M. F... continue à ressentir une pesanteur hypogastrique et, comme il le dit lui-même, « ne se sent pas tout à fait dans son assiette ». Cet état de malaise ne l'empêche cependant pas de faire une promenade en voiture dans la journée du dimanche.

Cependant, dans la nuit du dimanche au lundi, la douleur hypogastrique reparaît plus vive et s'étend dans les deux fosses iliaques. Le lundi matin apparaissent des vomissements violents qui se répètent très fréquemment toute la journée. Le malade se sent alors fatigué et, craignant une crise d'appendicite, se décide pour la première fois à demander l'avis de son médecin. Celui-ci le voit à la fin de l'après-midi, lui trouve un ventre souple et, n'observant aucun symptôme inquiétant, prescrit l'application de glace sur le ventre et une injection de Spasmalgine. Cette thérapeutique ne tarde pas à obtenir une sédation de la douleur et une amélioration telles que le malade passe ensuite une bonne nuit. Cette accalmie persiste jusqu'au mardi matin.

De même que le malade peut préciser l'heure à laquelle avait débuté sa maladie, de même il peut dire

qu'une douleur plus violente cette fois est réapparue, brutalement, dans le bas-ventre, le mardi 20 mai, à 8 h. et demie, soit cinq jours après les premiers symptômes.

Cette douleur n'entraîne pas de nouveaux vomissements, mais est plus vive que les précédentes, ne cède plus à la Spasmalgine, c'est une douleur vive et permanente qui lui fait désirer la venue de son médecin.

Le docteur Echegut revoit son malade à 18 heures, pose le diagnostic d'appendicite et adresse le malade à la clinique Saint-Dominique.

M. F... est examiné à la clinique à 22 heures ; l'état général est peu altéré. La température est de 39°4 et l'on compte 120 pulsations à la minute. Le malade accuse une douleur abdominale relativement modérée et espère éviter l'intervention. Il fait remarquer l'existence d'une dysurie légère et la persistance de la douleur vésicale.

La fosse iliaque droite est sensible. On réveille une douleur nette à la palpation du point de Mac Burney. On met en évidence une défense d'ailleurs modérée de l'étage sous-ombilical de l'abdomen. Et l'on remarque que le maximum de la défense ne coïncide pas avec la zone la plus sensible à la douleur, mais, au contraire, siège dans la fosse iliaque gauche.

La diffusion de la défense à tout le bas-ventre, l'existence de troubles vésicaux, une douleur vive au toucher rectal, font poser au chirurgien le diagnostic d'appendicite pelvienne. L'allure évolutive de la maladie, traînant du jeudi au mardi, avec reprise brutale le matin de l'intervention, fait parler de perforation en deux temps.

Une incision de Mac Burney est pratiquée à 22 heures, sous anesthésie générale (Balsoforme).

Dès l'ouverture du péritoine, un flot de pus fait issue. Pus très liquide, gris rosé, sans aucune odeur. L'appendice, rapidement enlevé, apparaît normal, tandis que le cœcum et l'iléon sont très rouges, presque vio-

lets, atones. Par l'incision iliaque droite, on ne peut avoir une opinion sur le siège exact de la perforation. Cependant les signes cliniques pelviens orientent vers l'étage inférieur de l'abdomen et conduisent à pratiquer une incision médiane sous-ombilicale.

Cette voie d'abord permet de constater que la presque totalité du grêle présente les lésions de vaso-dilatation importante et d'atonie déjà signalées. Ces altérations semblent cependant d'autant plus marquées que l'on se rapproche plus du cœcum.

On assèche la cavité péritonéale qui contient environ un demi-litre de pus. Il n'y a aucune trace de matières. Le malade est mis en Trendelenburg.

La perforation est recherchée sur le sigmoïde et découverte exactement sur la face antérieure de la jonction recto-sigmoïdienne, au contact de la face postérieure de la vessie.

La perforation est une fente transversale et mesure environ 25 à 30 millimètres de longueur et 10 de largeur à sa partie moyenne. Ses bords sont noirâtres, sphacéliques. Le pourtour est induré, mais moins que dans un ulcère gastrique très calleux. Néanmoins, le segment du côlon qui porte la perforation est infiltré sur trois travers de doigt environ : il ne semble pas s'agir d'une néoplasie, mais d'une tumeur inflammatoire (sigmoïdite).

La brèche est suturée en deux plans au lin. Les fils coupent peu, et la réparation semble assez satisfaisante pour que l'on renonce à pratiquer une dérivation en amont, un instant envisagée. On demande seulement à une infirmière de pousser le plus haut possible, par l'anus, une sonde de Châtel-Guyon, dont on surveille la progression.

Large drainage du Douglas par un Mickulicz contenant trois mèches et par un drain n° 40 situé en dehors du sac.

La paroi est suturée en un plan aux crins.

L'interrogatoire du malade, pratiqué avec plus de minutie par la suite, n'a pas permis de relever de troubles coliques nets. M. F. n'a pas consulté de médecins depuis de nombreuses années. Il n'a jamais eu la moindre constipation, la moindre hémorragie intestinale, ni la moindre douleur. Ses selles étaient régulières. Il avait seulement remarqué qu'elles avaient une certaine tendance à être liquides sans être diarrhéiques. Son appétit était normal. A noter seulement, depuis six mois, un certain degré d'asthénie et un amaigrissement qu'il évalue à trois ou quatre kilos.

Suites post-opératoires : un traitement à la pénicilline est institué dès le lendemain de l'intervention : 400.000 unités de pénicilline par jour pendant les deux premiers jours, puis 200.000 unités par jour pendant huit jours.

Emission des gaz spontanément 20 heures après l'intervention. Amélioration rapide jusqu'au septième jour. A cette date, ballonnement important et arrêt des gaz. Un très volumineux fécalome distend l'ampoule rectale et bouche le drain transrectal. Il est évacué, le drain est changé, et les gaz reprennent leur cours avec quelques injections de sérum hypertonique intra-veineux.

Le reste des suites opératoires est simple, mis à part un retentissement vésical important : apparition au huitième jour d'une cystite aiguë, avec pyurie et résidu important après la miction. Une poussée d'infection urinaire fait monter, au douzième jour, la température, jusque-là sub-normale, à 39°7. Cette flambée est sans lendemain, cédant à quelques lavages de vessie, et à l'administration de quelques antiseptiques urinaires.

La suppuration a été dans l'ensemble peu abondante. Le onzième jour, le sac de Mickulicz est enlevé, le drain est changé pour un moins gros, puis raccourci peu à peu. Tout drainage est supprimé le vingt-quatrième jour.

ETIOLOGIE

La notion prédominante est la grande rareté de la perforation spontanée de l'anse sigmoïde. Roux et Lenoel, en effet, n'ont rassemblé que 89 observations, plus leurs observations personnelles.

Mais cette rareté est certainement exagérée, tenu compte des cas non publiés, et, d'autre part, ds perforations non reconnues — dans les cas de péritonite où l'examen de l'anse sigmoïde n'a pas été fait ou a été trop rapide pour révéler la lésion.

Les auteurs donnent le sexe masculin comme le plus fréquemment atteint — deux fois sur trois — (nos deux observations concernent un homme et une femme).

D'après les auteurs, la lésion apparaît deux fois sur trois après 50 ans (nos deux malades ont respectivement 44 et 43 ans).

Dans la majorité des cas, la perforation est une complication d'une *sigmoïdite* (inflammation segmentaire de l'anse sigmoïde, d'allure primitive, ayant pour point de départ le côlon pelvien, et siégeant à son intérieur ou autour de lui).

Les sigmoïdites d'*origine spécifiques* sont exceptionnelles. Au cours de la fièvre typhoïde, on ne relève que

six cas cités par Dor. Un seul cas d'ulcère tuberculeux est signalé par Wilmoth et Baumann. On ne rapporte aucun cas de perforation compliquant une sigmoïdite d'origine dysentérique ou syphilitique.

Plus fréquentes sont les perforations compliquant une sigmoïdite par infection banale, siégeant soit sur un côlon anatomiquement normal, soit sur un côlon diverticulaire.

Dans 64 % des cas, la lésion siège au sommet ou à la base d'une formation diverticulaire qui reproduit, dit Patel, la conformation, la disposition, parfois la structure, et toujours la pathologie de l'appendice.

Enfin des causes plus rares peuvent déterminer une perforation. Le cancer du côlon peut aboutir, comme tous les cancers du tube digestif, à une perforation. Mais plus intéressant est l'ulcère simple du côlon, qui représente 14 % des cas publiés, mais qui reste encore un cadre mal défini dans lequel on a rangé, depuis les travaux de Quénu et Duval (1902), de Soupault (1920) et de Darron (1928), un certain nombre de cas de perforations ne rentrant dans aucune des catégories précédentes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — L'EPANCHEMENT PERITONEAL est tantôt peu abondant comme dans notre observation I, tantôt très abondant (cas n° II). Le liquide présent dans la cavité est louche ou franchement purulent (observation II), quelques fois mêlé à des débris de matières fécales. KUMMER dit même : « Si à l'ouverture du ventre on trouve dans l'abdomen des matières stercorales bien liées, inutile de chercher ailleurs, il faut aller droit à l'anse sigmoïde ». De nos deux cas, aucun ne présentait de matières dans l'épanchement péritonéal.

II. — LA PERFORATION siège généralement à la jonction recto-sigmoïdienne et sur la convexité de l'anse.

Son aspect varie avec la lésion qui l'a provoquée :

1° Tantôt le sigmoïde présente une zone d'apparence tumorale — très rarement néoplasme authentique — plus souvent tumeur inflammatoire, comme dans notre seconde observation où le segment du côlon qui porte la perforation est infiltrée sur trois travers de doigts environ.

2° Tantôt la perforation siège au sommet ou à la base d'une formation diverticulaire en doigt de gant formant une saillie appréciable sur la paroi colique au

voisinage d'une bandelette. L'aspect macroscopique est immédiatement évocateur d'un diverticule qui peut parfois atteindre des dimensions importantes. Brunn, Reeb, en ont vu de gros comme une noix ; ces cas sont les plus rares.

Le plus souvent la perforation diverticulaire se fait par l'intermédiaire de la frange épiploïque, à l'intérieur de laquelle s'était développé le diverticule. La perforation peut être ténue, grosse à peine, comme une tête d'épingle (Dubs, Friedman), plus ou moins obstruée par des couennes inflammatoires (Dubs) ou par la coalescence de franges épiploïques voisines (Black). Surtout, il peut être difficile, parmi de nombreuses franges épiploïques œdematiées, infiltrées, turgides, de reconnaître celle qui porte une perforation (Roux et Lenoel).

3° Tantôt la perforation est isolée en pleine paroi colique. Son aspect peut varier infiniment d'une simple fissure à bords souples jusqu'à la perforation géante, observée par Demange, qui mesurait 4 centimètres dans sa plus grande largeur. Les variations morphologiques dépendent de la cause de la perforation. Dans les cas de sigmoïdite, on voit une zone d'inflammation dépassant les limites de la perforation.

D'autres fois, la lésion prend l'aspect de l'ulcère simple du côlon décrit par Aboulker (*Encyclopédie Médic.-Chirurg.*, tome Estomac-Intestin, p. 9076). « L'ulcère simple du côlon a l'aspect de l'ulcère rond de l'estomac de Cruveilher. Sa taille varie d'un pois à plusieurs centimètres de diamètre ; il peut être arrondi ou ovalaire, avec un grand axe parallèle à l'axe de l'intestin. Ses bords sont taillés à pic comme à l'emporte-pièce, épaissis, larges, hypertrophiés ; le fond est jaunâtre, induré, grisâtre. »

Quelquefois, comme dans notre observation I, il n'y a ni aspect inflammatoire, ni aspect d'ulcère. Il s'agit

de simple perforation à bords réguliers et souples, et l'on peut se demander si le terme d'ulcère simple du côlon permet bien de réunir tous les faits non classés auparavant.

III. — LES LESIONS DE VOISINAGE sont peu étudiées. On a signalé, dans les observations publiées, des anses grêles œdématiées, congestionnées, dilatées, parsemées d'un enduit vernissé ou tapissées de fausses membranes. En fait, dans notre observation II, tout le grêle et le cœcum étaient atones avec une vaso-dilatation intense.

ETUDE CLINIQUE

Dans la majorité des observations publiées, c'est le tableau, de diagnostic facile, *d'une péritonite aiguë par perforation*. Habituellement, le début est violent, dramatique, en pleine santé apparente, sans prodromes. La douleur spontanée est atroce, accompagnée de vomissements et d'arrêt complet des matières et des gaz. Une contracture pariétale, plus ou moins intense et généralisée, peut aller jusqu'au ventre de bois. La douleur du Douglas au toucher rectal est presque constante.

Le diagnostic posé est tantôt celui de péritonite par perforation, sans préjuger de l'origine de celle-ci (c'est le cas de notre observation I), tantôt, on fait un diagnostic plus précis, mais erroné — perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal, perforation d'une appendicite (observation II).

En effet il n'existe aucun symptôme permettant le diagnostic clinique des perforations du sigmoïde.

L'analyse des différents symptômes ne laisse que des doutes. Le siège de la douleur est souvent à gauche, a-t-on dit, or, dans l'observation II, la douleur était maxima au point de Mac Burney (il est vrai que la défensé prédominait à gauche). Dans l'observation I, la douleur était diffuse.

La rareté des vomissements a été signalée. C'est vrai pour l'observation I. Au contraire, dans l'observation II les vomissements ont été incessants pendant 24 heures.

L'augmentation de la température et l'accélération du pouls sont constantes (elles existaient dans nos deux observations), mais sont aussi le fait des perforations appendiculaires.

La relative fréquence des signes urinaires : dysurie, douleurs vésicales, est signalée également. Nous les avons rencontrées dans notre observation II, mais c'est le fait de toutes les péritonites par perforation pelvienne (appendicite, perforation d'annexes).

La disparition de la matité préhépatique a été signalée, ainsi que l'existence d'un pneumopéritoine. Ces deux signes n'ont pas été recherchés chez notre deuxième malade, mais ils manquaient totalement chez la première.

Malgré le manque de signes cliniques indiscutables d'une perforation du sigmoïde, c'est une éventualité à envisager en présence d'une péritonite généralisée par perforation.

Formes cliniques

Le tableau clinique de la péritonite à grand fracas n'est parfois pas entièrement réalisé. On signale des formes *occlusives* où le ballonnement est au premier plan, mais ce sont vraisemblablement des aspects tardifs de la maladie.

Suivant le mode de début des accidents, on assiste tantôt au début *brutal*, dramatique en pleine santé apparente comme chez notre premier malade, tantôt à une *phase prodromique* accompagnée de douleurs ilia-

ques, de constipation ou de signes urinaires, comme dans notre observation II où la phase prodromique a duré cinq jours.

Enfin, une *forme latente* rapportée par QUERNAIN, observée par ISELIN, serait à individualiser et s'accompagnerait de signes peu nets, sans température, sans accélération du pouls, avec très légère contracture pariétale et douleurs modérées.

DIAGNOSTIC

Il est pratiquement impossible de poser un diagnostic clinique, car les signes sont ceux de toute péritonite par perforation. On pensera, le plus souvent, à l'appendicite ou à la perforation de l'ulcère gastrique.

Mais il importe surtout de savoir redresser le diagnostic à l'intervention, en ne négligeant pas d'examiner soigneusement la région sigmoïdienne et chercher attentivement la moindre lésion, le moindre diverticule et même observer l'état des franges épiploïques qui peuvent parfois couvrir la perforation. Cette recherche s'impose, car on constate que nombre d'observations signalent une perforation sigmoïdienne que seule l'autopsie a révélée.

PRONOSTIC

La gravité de la perforation de l'angle sigmoïde est réelle. Si l'on se reporte aux observations publiées, on découvre au total une mortalité de 70 %.

Cette importante mortalité doit baisser et il semble que le pronostic grave de cette affection peut être amélioré, d'abord par une recherche plus minutieuse des perforations du sigmoïde et ensuite par l'adjonction de la pénicillino-thérapie post-opératoire.

TRAITEMENT

L'incision sera habituellement médiane, en raison de l'incertitude du diagnostic, sinon une incision iliaque gauche serait peut-être préférable. Après assèchement de la cavité péritonéale, le choix de la technique dépendra des lésions rencontrées.

1° *Dans le cas d'une diverticulite perforée,* nous avons vu que la perforation n'était pas toujours facile à découvrir. Elle peut être minuscule et masquée par une frange graisseuse ou une fausse membrane.

Le diverticule perforé sera traité, si possible, comme un appendice perforé : ligature à la base, section du diverticule et enfouissement du moignon sous une bourse faufilée dans la paroi sigmoïdienne.

Si le diverticule a une large base d'implantation, ou si l'induration rend la technique précédente délicate, on le réséquera au ras de son insertion sur le côlon et l'on fermera en deux ou trois plans de suture la paroi colique.

2° *Perforation non diverticulaire.* La suture est le traitement courant de cette perforation. Elle pourra être précédée de l'excision des bords de la perforation s'ils ne sont pas nets. La suture sera faite soigneuse-

ment par points séparés en deux plans ou même si possible en trois plans.

Le drainage est indispensable. Les moyens utilisés dépendront de la préférence du chirurgien, de la gravité des dégâts et de l'horaire de l'intervention (drains, mèches, Mickulicz).

Enfin se pose le *problème de la dérivation des matières en amont.* Elle a l'avantage de protéger la suture, de la mettre à l'abri de la distention colique. C'est une question qui a été largement débattue tant à propos de la chirurgie du cancer colique et rectal qu'à propos des plaies rectales ou des accidents du pal.

Il semble cependant que la dérivation en amont par un anus iliaque gauche présente plus d'avantages que d'inconvénients lorsque les lésions sont importantes et lorsque la suture ne donne pas toute satisfaction ; et que dans une lésion d'un pronostic aussi sévère, il ne faut négliger aucun moyen d'accroître la sécurité.

Dans les cas où l'on pensera pouvoir se priver de cette manœuvre de prudence, il sera sage de faire introduire par l'anus un drain ou une sonde de Châtel-Guyon de gros calibre, ou encore un tube de Faucher, et de le faire pousser jusqu'en-dessus de la suture. Le chirurgien surveillera et guidera cette manœuvre de l'intérieur du ventre avant de terminer l'intervention.

La suture a été pratiquée dans les deux observations que nous rapportons. Dans l'observation n° I, elle a été complétée par une dérivation en amont. Dans l'observation n° II, elle a été protégée par un drainage transanal.

Lorsque la suture n'est pas praticable, on peut avoir recours plus rarement à d'autres techniques.

L'extériorisation avec résection immédiate ou retardée n'a que de rares indications. Elle n'est de mise que si la perforation s'accompagne de lésions étendues ou

siège sur une tumeur inflammatoire importante, qu'il n'est d'ailleurs pas toujours facile de distinguer d'un cancer.

En cas de cancer perforé, cette technique serait évidemment le traitement de choix.

Quant à *l'exclusion du foyer avec des mèches* et large drainage, ce n'est qu'un pis-aller qui serait complété systématiquement d'une dérivation en amont.

Soins post-opératoires

Roux et Lenoel pensaient que le pronostic devrait être amélioré par l'emploi local et général des sulfamides. Il nous semble que nous possédons aujourd'hui avec la *pénicilline* un traitement adjuvant d'une valeur encore moins négligeable.

CONCLUSIONS

I. — Les perforations spontanées du côlon sigmoïde en péritoine libre sont d'une certaine rareté. Nous n'en avons relevé qu'une centaine de cas dans la littérature. Leur fréquence est certainement plus grande qu'il ne paraît : il importe de penser à leur existence et de savoir les rechercher avec minutie.

II. — Parmi les causes de perforation, deux étiologies dominent : la diverticulite et l'ulcère simple du côlon.

L'ulcère simple du côlon est un cadre d'attente mal défini et nous semble-t-il appelé à être démembré.

III. — Le diagnostic des perforations du côlon sigmoïde n'est pratiquement qu'un diagnostic d'intervention. L'accident se présentant habituellement soit sous l'aspect d'une péritonite par perforation à grand fracas, soit sous un aspect plus trompeur (formes occlusives ou pseudo-appendiculaires).

IV. — Le traitement de choix est la suture complétée par un large drainage abdominal et protégée par

une dérivation en amont ou tout au moins par un drain transrectal.

V. — Le pronostic est sévère (70 % de mortalité) ; il doit être amélioré : par une intervention plus précoce et par une large utilisation de la pénicilline et des sulfamides.

Le Président de la Thèse :
BOULARAN.

Vu : *Le Doyen :*
CALVET.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 18 juin 1947.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

AIGROT. — *La Presse médicale*, 2 mars 1932.

ARNHEIM. — Diverticulite du colon et ses complications chirurgicales. *Annales of Surgery*, vol. 112, n° 3, sept. 1940, pp. 352-639.

BARRON. — *Archiv of Surgery*, 1928.

BERTRAND, ARNULF et MATHIEU. — *Lyon Médical*, 1935, p. 393.

BENSAUDE, FAURE, BEAULIEU et CAIN. — *La Presse Médicale*, 4 juillet 1931.

BENSAUDE, CAIN, MILLEMAND. — Les diverticules du gros intestin in Bensaude, *Maladies de l'intestin*, vol. 2.

BLACK. — *British Medical Journal*, 1931, p. 180.

BOSS. — *Beitrâgezur Klinischen Chirurgie*, 1927, 140, 40.

BOWEN. — *Guy's Hospital Reports*, septembre-octobre 1922.

BROWN. — Perforation spontanée du colon pelvien. *The British Journal of Surgery*, n°, 123, janvier 1944.

BRUMENT et GRIGANT. — Deux cas de péritonite par perforation diastatique révélatrice de néoplasme sigmoïdien. *Le Bulletin Médical*, Paris, 1er janvier 1946.

BUMM. — *Archiv für Klinische Chirurgie*, 1933, 174, 14.

CABOT CASE RECORDS 20.271 (FASCON). — *New-England Journal of Medecine*, 1934, 211, 32.

CONWAY et MIIZROT. — *Annals of Surgery*, 1931, 94, 614.

DOR. — Les perforations digestives de la fièvre typhoïde, Paris, 1939.

DUBS. — *Münchener Medizinische Wochenschnift*, 1922, 69, p. 785.

ERDMANN. — *New-York Medical Journal*, 1914, 99, p. 509.

EISENBERG. — *Beitrâge zur Klinischen Chirurgie*, 1913, 83, p. 627.

FEIST. — *Beitrâge zur Klinischen Chirurgie*, 1915, 135, p. 338.

FEREY. — *Annales d'anatomie pathologique*, 1926, 3, 98.

FINOCHIETTO. — *Boletines y Trabajos de la Sodiedad de Chirurgica*, Buenos-Aires, 5 octobre 1921.

FRIEDMANN. — *Archiv für Klinischen Chirurgie*, 1921, t. 117, p. 564.

HAMMER et BROERE. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1923, p. 752.

KERR. — *The Lancet*, 1935, 2, 550.

KOCOUR. — *American journal of Surgery*, 1937, 37, p. 433.

KOLM. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1914, 51, p. 931.

KUMMER. — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1913, p. 427.

LANATION. — Rupture spontanée de la partie inférieure du colon et eviscération du grêle à travers l'orifice anal (*Surgery*), vol. 18, n° 4, octobre 1945, p. 478).

LAUTER. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1929, 214, p. 189.

LAZARUS. — *American Journal of Surgery*, 1933, 4, p. 284.

LEPOUTRE. — Perforations du colon sigmoïde : sigmoïdite perforante, opération, guérison, *Journal des sciences médicales de Lille*, 1944, n° 19, 17 septembre.

LOCHARDT. — *Mummery, Siseases of the colon*, Bristol 1910.

MALEYSSON. — *Thèse Paris* 1926, Perforation du colon par ulcère simple.

MONDOR. — Diagnostics urgents, Masson, Paris, 1940.

MOURE et DESBOUTS. — *La Presse Médicale*, 29 décembre 1909.

MURRAY. — *Medical Press and Cure*, 1913, 147, 320.

PATEL. — Sigmoïdites perforantes, *Lyon Chirurgical*, 1911, 6, p. 121.

PATEL. — Société de Chirurgie de Lyon, 1921, *in Lyon chirurgical*, 1922, p. 218.

PAWLOWSKY. — *Boletines y Trabajos de la Societad de Chirurgia de Buenos-Aires*, 15 octobre 1924.

PECK. — *Annals of Surgery*, 1925, 81, p. 322.

PEDRITIS. — *Lyon Chirurgical*, 1935, p. 67.

PRAT L., PRAT et PASCHETTA. — Les diverticules du colon iliopelvien, *Masson*, Paris, 1942.

QUENU et DUVAL. — L'ulcère simple du gros intestin, *Revue de Chirurgie*, 1902, 2, p. 837.

DE QUERNAIN. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1914, 128, p. 67.

REEB. — *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1925, 14, p. 541.

RENAUD et D'ALLAINES. — *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1923, p. 67.

RISEL. — *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1911, 58, 1424.

ROSS. — *Annals of Surgery*, 1911, p. 54.

ROUX et LENOEL. — Perforations du colon sigmoïde, *Journal de Chirurgie*, Tome 60, n° 14, 1944, p. 20-30.

SENNET (Stanley's). — *British Medical Journal*, 1931, 2, p. 1.031.

SIMMARDS. — *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1911, 58, p. 1.424.

SOUPAULT. — De la perforation de l'ulcère simple du colon, *Revue de Chirurgie*, 1920, 58, p. 488.

SOUPAULT. — Les diverticules coliques au point de vue chirurgical, *Archives des Maladies de l'appareil digestif*, 1936, 26, p. 881.

SOUSTELLE. — Les sigmoïdites, *Thèse Lyon*, 1937.

STERNBERG. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1910, p. 647.

SPITZENBERGER. — *Röntgenpraxis*, 1936, 8, p. 659.

SUAREZ DE MENDOZA. — La syphilis intestinale, *Thèse Paris*, 1914.

SUIGHEDANW. — Diverticulites du gros intestin, *Journal de Chirurgie*, 1926, 28, p. 1.

TAYLOR (Morcom). — *British Medical Journal*, 18 juin 1932, p. 1.124.

TELLING (Maxwel) et GRUNER. — *The British Journal of Surgery*, 1916, 17, 4, p. 468-530.

WARNECKE. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1908, 82, p. 295-306.

WHEELER. — *British Medical Journal*, 1930, 1, 5.

WILLAN. — *The Lancet*, 1932, 2, p. 1.107.

WEINBERGER. — Perforation du colon, *Surgery*, vol. 18, n° 5, novembre 1945, p. 547.

WISE. — *American Journal of Surgery*, 1931, 93, p. 510.

WILMOTH et BAUMANN. — La perforation des ulcères tuberculeux de l'intestin en péritoine libre, *Journal de Chirurgie*, 1932, 39, p. 510.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9

Observations 11

Etiologie 19

Anatomie pathologique 21

Etude clinique 25

Diagnostic 29

Pronostic 31

Traitement 33

Conclusions 37

BIBLIOGRAPHIE 39

Nouvelle Imprimerie Moderne. — Clermont-Ferrand
(S. N. E. P.)